

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Katedra psychologie

**Bakalářská práce**

Petr Miškovský

**Psychosociální problémy osob po cévní mozkové příhodě**

Psychosocial Problems of Individuals After Brain Stroke

Praha 2016

Vedoucí práce: doc. PhDr. Petr Kulišťák, PhD.

**Poděkování:**

Mé díky v první řadě patří vedoucímu této práce, doc. PhDr. Petru Kulišťákovi, PhD. Zejména za jeho povzbudivý přístup, nápomocnost ohledně zdrojů a citací, obratnou komunikaci a v neposlední řadě také trpělivost za všechnu dobu, kdy práce mohla spatřit světlo obrazovky (a papíru) dříve, než se nakonec stalo. To platí i pro rodinu, které děkuji za podporu, přirozeně přecházející v nátlak, jež měly též svůj podíl na zdárném dokončení. Ještě bych rád zvláštním poděkováním obdařil Českou asociaci paraplegiků, která mi zapůjčila dvě publikace od CEREBRa, čímž mě přivedla do velice cenné oblasti zdrojů. Takže nakonec díky všem, kdo se problematikou lidí po mozkových příhodách zabývají a následně se nezastřeně dělí o výsledky své práce.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 25. 7. 2016

Petr Miškovský

**Abstrakt (CZ):**

*Prodělaná mozková příhoda přináší velmi rozsáhlou škálu psychosociálních problémů. Zdravotnický systém řeší pouze tělesné následky (a ani ty ne zcela úplně – problém fyzioterapie). Nabídka řešení v oblasti psychologické a sociální již není tak rozsáhlá. Zmapování hlavních psychosociálních problémů jedince po CMP může přinést podněty pro péči o něho i další blízké osoby.*

**Abstract (EN):**

*Suffering a brain stroke brings up a very lengthy scale of psychosocial problems. Healthcare system solves only the physical outcomes (and not even those entirely - the problem of physiotherapy). The supply of psychological and social aid is not that large. Mapping the main psychosocial problems of an individual after stroke can result in better care for him and his close ones.*

**Klíčová slova (česky):**

*CMP, mrtvice, kvalita života, postižení, kvalitativní výzkum*

**Key words (english):**

*CVA, stroke, quality of life, disability, qualitative research*

## obsah

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1. Úvod .....                                         | 7  |
| 1.1 Cévní mozkové příhody - medicínské vymezení ..... | 7  |
| 1.1.1 Mozková ischemie .....                          | 8  |
| 1.1.2 Mozková hemoragie .....                         | 9  |
| 1.1.3 Subarachnoidální krvácení .....                 | 9  |
| 1.2 Rozsah problému .....                             | 10 |
| 1.3 Ekonomické dopady na společnost .....             | 10 |
| 2. Souvislosti .....                                  | 12 |
| 2.1 Přímé následky mozkových příhod .....             | 12 |
| 2.1.1 Senzomotorické postižení .....                  | 12 |
| 2.1.2 Únava .....                                     | 13 |
| 2.1.3 Bolest .....                                    | 14 |
| 2.1.4 Poruchy kognitivních funkcí .....               | 14 |
| 2.1.5 Afázie .....                                    | 15 |
| 2.1.6 Změny emocí a chování .....                     | 16 |
| 2.2 Hospitalizace, a co následuje poté .....          | 17 |
| 2.3 Komunikace s lékaři .....                         | 18 |
| 2.4 Jak je důležitá informovanost .....               | 20 |
| 2.5 K filozofické dimenzi problému .....              | 21 |
| 2.5.1 Setkání se smrtí .....                          | 21 |
| 2.5.2 Vztah mezi psychikou a mozkem .....             | 22 |
| 2.5.3 Dva aspekty soucitu .....                       | 24 |
| 3. Tři výsledky .....                                 | 25 |
| 3.1 Vztahy a potřeba cizí pomoci .....                | 25 |
| 3.2 Deprese .....                                     | 27 |
| 3.3 Kvalita života .....                              | 28 |
| 4. Návrh výzkumného projektu .....                    | 30 |
| 4.1 Projektový design .....                           | 31 |
| 4.2 Způsob zpracování dat .....                       | 32 |
| 4.3 Předpokládané limity .....                        | 33 |
| 5. Závěr .....                                        | 34 |
| 6. Seznam použitých zdrojů .....                      | 35 |
| 7. Seznam použitých zkratk .....                      | 40 |

## 1. Úvod

Na začátek by bylo dobré zodpovědět vůbec prvotní otázku předcházející jakémukoliv dílu, a sice - proč je dobré se praktickými i psychickými problémy lidí po prodělané mozkové příhodě zabývat? K tomu poslouží podkapitoly této úvodní sekce, které pomohou trochu se zorientovat v problematice po formální stránce. Snad zde nebude nadbytečné ještě zmínit i hlavní důvod, jež mě osobně vedl k rozhodnutí, psát na toto téma bakalářskou práci. Tím byl asi můj zhruba měsíční pobyt v rehabilitačním centru v Hrabyni, kde jsem jako jiná "neurologická diagnóza" se třemi pány po "mrtvici" bydlel na pokoji. Tato práce zřejmě tedy tak trochu náleží i jim a všem ostatním, se kterými jsem se na svých cestách rehabilitačními ústavy setkal. Zdálo se mi, že bych zmíněnou zajímavou zkušenost mohl zužitkovat. Ne snad, že bych jenom tak kvůli tomu věděl nutně víc, ale protože o tématech navázaných na nějakou osobní zkušenost se obvykle snáze mluví i píše. Tak tedy, směle do toho!

### 1.1 Cévní mozkové příhody - medicínské vymezení

World Health Organization definuje cévní mozkové příhody (CMP) jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce, trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadají CMP do kapitoly IX. - Nemoci oběhové soustavy, pod kódy I60-I64. Jedná se o následující diagnózy: Subarachnoidální krvácení (I60), Intracerebrální krvácení (I61), Jiné neúrazové intrakraniální krvácení (I62), Mozkový infarkt (I63) a Cévní příhoda mozková neurčená jako krvácení nebo infarkt (I64).

CMP se v zásadě vyskytují ve třech základních variantách, a sice jako:

### 1.1.1 Mozková ischemie

- odhadem tvoří 67-81% CMP

Jde o důsledek poruchy prokrvení části, nebo celého mozku.

Mozek je orgán se značnými energetickými nároky - využívá přibližně 20% z celkové tělesné spotřeby kyslíku a 65% klidové spotřeby glukózy. Protože buňky mozkové tkáně mají pouze minimální energetické rezervy, je nezbytné aby byla mozková perfúze (průtok krve mozkiem) stabilní a adekvátní metabolickým potřebám. Za běžných okolností se pohybuje kolem hodnot 50-60ml na 100g mozkové tkáně za minutu. Při poklesu se mozek snaží situaci kompenzovat vazodilatací arteriol a zvýšením extrakce kyslíku z krve. Situace nabývá vážnosti při poklesu průtokové hodnoty pod 20ml, kdy už kompenzační mechanismy nedostačují a dochází k výpadku funkčnosti neuronů se symptomy ischemické léze. Hypoxická tkáň tvoří tzv. zonu penumbra - ischemický polostín. Tento stav je reverzibilní, a pokud dojde včas k obnově průtoku krve, obvykle bez následků vymizí (v takovém případě jde o TIA - tranzitorní ischemickou ataku, která má v MKN vlastní kód G45, a ačkoliv se ve většině případů upraví už do jedné hodiny, je významným varovným signálem pro zdravotní stav jednotlivce). Při poklesu průtoku pod 10ml regulační mechanismy selhávají úplně. Rozvíjí se ischemická biochemická kaskáda, při které lipidová peroxidace a volné radikály způsobují terminálně ireverzibilní změny mozkové tkáně.

Velmi důležitý je rozsah zasažené tkáně. Pokud jde o větší úsek, střed poměrně rychle podléhá nekróze, zatímco periferní buňky jsou schopné přežívat díky redistribuci krve kolaterálním oběhem.

Mezi nejčastější příčiny mozkové ischemie patří ateroskleróza, nebo trombus který se do mozku dostane z jiné části těla, například ze srdeční oblasti. Je ovšem potřeba dodat, že vždy jde o komplexní děj se synergií různých negativních faktorů. Další příčinou vzniku může být tzv. "steal fenomén", způsobený mechanismem přednostního plnění vazodilatovaných cévních řečišť. Když se vícero větví cévy dělí o přítok krve a jedna např. pro rigiditu stěny není schopná dilatace, druhá ji může "okrást" a vystavit tak tkáň v sousedním povodí ischemii.



### 1.1.2 Mozková hemoragie

- odhadem tvoří 7-20% CMP

Vzniká krvácením do mozkové tkáně v důsledku ruptury stěny některé z mozkových tepen, nejčastěji se vyskytuje v mozkových hemisférách, méně často v kmeni a mozečku. Může vzniknout i jako komplikace při podání léků na srážlivost krve nebo trombolýzu. Krvácení může být buď tříštivé (typické), nebo globózní (atypické, ohraničené - s příznivější prognózou), podle velikosti krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně.

Hemoragie bývají oproti ischemiím nebezpečnější a mívají fatálnější následky. Proud krve zvedá nitrolební tlak a ničivě působí na okolní tkáň. Čím blíže je hemoragie střední čáře mozku, tím menší její objem stačí k vyvolání těžkého klinického stavu. Ztráta vědomí v prvních minutách nastává přibližně u jedné třetiny nemocných.

### 1.1.3 Subarachnoidální krvácení

- odhadem tvoří 1-7% CMP

Označuje se tak stav při krvácení do subarachnoidálního prostoru. Jeho nejčastější příčinou je ruptura aneuryzmatu tepen Willisova okruhu a odstupů hlavních mozkových artérií. Mezi prvními akutními příznaky dominují prudké bolesti hlavy, často se zvracením a alterací vědomí. Může mít i následné nebezpečné komplikace - jednak v podobě cévních spasmů, jež mohou způsobit významné mozkové infarkty a vznikají od pátého dne po krvácení, s trváním jednoho až dvou týdnů. Další častou komplikací je opakované krvácení (rebleeding), vyskytující se asi u čtvrtiny pacientů. Úmrtnost při subarachnoidálním krvácení je vysoká. Odhaduje se, že 15-30% nemocných zemře ještě než se dostanou do nemocnice a z těch co se dostanou, podle různých statistik zemře 12-40% během prvních dvou dnů hospitalizace.

(Bauer, 2002; Kalvach, 2010)

## 1.2 Rozsah problému

Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, týkající se osob hospitalizovaných a zemřelých na cévní onemocnění mozku u nás, zahrnují data sebraná v rozmezí let 2003-2010. Data za rok 2010 udávají celkem 41 111 hospitalizací s diagnózou CMP u 30 993 osob. 8020 osob má CMP uvedenu jako příčinu smrti. Pokud jde o hospitalizace, došlo sice od roku 2003 k 7,8% poklesu (44 585 případů) (Zvolský, 2012), přesto se nedá říci že by to číslo bylo nízké, a ani být nemůže. Feigin a Kalvach (2010, str. 19) v kapitole Epidemiologie cerebrovaskulárních onemocnění, knihy Mozkové ischemie a hemoragie, doslova uvádí: „V České republice umírá ročně celkem kolem 110 000 osob. Z toho tvoří poměrně bez větších výkyvů v posledních letech kolem 52% kardiovaskulární onemocnění. Jde o typické onemocnění z pokročilé aterosklerózy v pozdním věku, a proto proti absolutní výši tohoto čísla nelze nic podstatného namítat. Taktéž ne proti jeho očekávanému zvyšování v příštích letech. Ve statistice nozologické prevalence a mortality je třeba mít vždy na mysli, že jde o čísla doplňková - s chorobami ostatními ... Mozkový iktus je typická choroba staršího věku, proto musíme s úspěchem ostatních medicínských odvětví vždy očekávat zvýšení mortality na následky stařecké aterosklerózy. Úspěchem našich iktových statistik bude tedy nikoli snížení absolutních čísel, ale právě zatlačení výskytu cévních příhod mozkových do co nejvyššího věku.“ Kalvach (2010, str. 10) v předmluvě ke stejné knize důvtipně uvádí: „Společnost, která nemíní umírat v mládí na jiné nozologické jednotky, se zákonitě dočká ve stáří komplikací aterosklerózy. Nezbývá jí, než prodělávat mozkové ikty a infarkty myokardu v narůstající míře ... Vymýtíme-li mykobakteria TBC, potlačíme-li proliferace zhoubných nádorů, ukážneme-li piráty silnic a snížíme dopravní nehodovost, dostáváme společnost prosperující ke klidnému stáří. A zde musíme být připraveni!“

## 1.3 Ekonomické dopady na společnost

Z ekonomického pohledu představují CMP, jakož i jiné formy poškození mozku, značné náklady na rozpočty jak veřejné, tak soukromé. Tyto se dají rozdělit do dvou skupin. Přímé náklady pochází z nutné hospitalizace, diagnostiky, akutní i následné péče, potřebné rehabilitace, cen léků a podobně. Další oblast přímých nákladů se otevírá skutečností, že člověku se po poškození mozku s nejvyšší pravděpodobností dostane možnosti žádat nějaké formy sociálních dávek, ať už jde o dávky jednorázové,

invalidní důchod, nebo příspěvek na péči, pokud ji od svého okolí potřebuje k běžnému dennímu provozu. Nepřímé náklady poškození mozku jsou způsobené tím, že člověk po něm zpravidla není schopen vykonávat práci jako dříve. V lepším případě projde úspěšnou rehabilitací a povede se mu návrat k nějakému méně náročnému zaměstnání. V tom horším se blízké osoby musí zastat role neformálních pečovatелů, na úkor své vlastní kariéry.

Případová studie spolku CEREBRUM (Roubal, Mátlová, Sládková, Žilová & Vepřková, 2011, str. 16-19) poukazuje na zajímavý nepoměr průběhu nákladů zdravotní péče u všech zkoumaných. Totiž 80 - 90% veškerých nákladů za jeden rok od poranění bylo dosaženo během prvních dvou měsíců, kdy probíhá akutní fáze hospitalizace. To jenom podtrhuje, jak je důležité se zaměřit na včasnou a intenzivní rehabilitaci, aby vynaložené úsilí na záchranu života a precizní aplikace medicíny nepřicházely nazmar, protože čím větší světské funkčnosti pacient nakonec dosáhne, tím lépe pro všechny zúčastněné, včetně státního zdravotně-sociálního komplexu, který tak bude mít menší výdaje v budoucnosti. Jinak řečeno - zdravotní a zdravotně-sociální výdaje jsou spojené nádoby, opticky oddělené resortním přístupem. Když systém na začátku ušetří na rehabilitaci, celoživotní náklady se mohou výrazně zvýšit jinde. Péče poskytovaná v České republice v traumacentrech a na neurologických jednotkách je špičková, ovšem pokud jde o následnou rehabilitační péči, ucelená koncepce na státní úrovni neexistuje. Ačkoliv je patrný pozitivní posun z hlediska multidisciplinarity poskytované rehabilitace, přetrvává nedostatek ergoterapeutů, logopedů, a hlavně neuropsychologů. (Janečková, Žilová & Radochová, 2011, str. 11-12) Inspirací může být také fázový model neurorehabilitace, který už je po vícero let praktikován v Německu. Rozčleňuje proces do pěti stádií, od akutního, až po fázi dlouhodobě podporující a zachovávající vše dosažené. Pro každou z nich přesně stanovuje terapeutické, léčebné a rehabilitační úkoly. (Lippertova-Grünerova, 2009)

## 2. Souvislosti

V této sekci se pokusím dotvořit mozaiku, která zachytí šíři těžkostí a nových překážek, které před člověkem bezprostředně vyvstanou, když utrpí mozkovou příhodu a které narušují život v podobě, v jaké ho vedl předtím. Mám na mysli zejména poruchy kognitivních, senzomotorických a dalších funkcí, jimž se budu každé věnovat zvlášť, dále pro kvalitu vhledu pokládám za přínosné, pokusit se popsat ranou fázi životní změny bezprostředně po CMP - hospitalizaci a základní proces rehabilitace - poté komplikace, jež může představovat neinformovanost v řadách pacientů, případně příbuzných majících je na starost, a na závěr části se pokusím zprostředkovat něco z filozofického pohledu na věc.

### 2.1 Přímé následky mozkových příhod

Škála možných následků CMP je velice pestrá a do značné míry individuální, v závislosti na zasažených oblastech mozku u konkrétního člověka a intenzity poškození. Pokusím se přiblížit ty nejtypičtější, se kterými se musí po mrtvici běžně počítat. Jako základní osa mi posloužili knižní rádci pro pečující osoby od Sary a Jeffreje Palmerových (2013) a organizace Headway. (2009)

#### 2.1.1 Senzomotorické postižení

Z uvedených následků je potenciálně nejvíce nápadné už od pohledu zvenčí. Obvykle mívá podobu hemiparézy - částečného ochrnutí na polovině těla, protilehlé k poškozené mozkové hemisféře. Pokud je ochrnutí úplné, mluvíme o hemiplegii, naopak mírnější variantou je svalové oslabení. Spolu s tím bývá v dotčených periferiích ovlivňován svalový tonus. Když se v končetině výrazně zvýší, výsledkem je křečovitě zatuhnutí dále omezující pohyb. Co platí pro složku motorické kontroly se týká i citlivosti - může být ztracena nebo pozměněna, ať jenom v části, či třeba celé jedné polovině těla. Ovlivněn může být i zrak. Při poškození oblasti mozečku dochází k narušení jemnější koordinace motoriky, což se projevuje trhanými, neohrabanými pohyby a potížemi s rovnováhou při chůzi. Specifickými problémy spojenými se senzomotorickou kontrolou, zvláště je-li při CMP zasažen příslušný hlavový nerv, jsou také dysfágie - obtíže s polykáním, hrozící vdechnutím jídla nebo pití při konzumaci,

a dysartrie - potíží se zřetelnou, artikulovanou mluvou, která když se ještě spojí s některou z forem afázie, činí porozumění řeči onoho člověka velmi obtížným. Zvláštní zmínku si na tomto místě zaslouží ještě inkontinence. Většinou jde o dočasný jev, související se zmateností a poruchami bdělosti v době blízké od poškození, ale v jiných případech může být způsobena právě přes oblasti mozku, mající na starost kontrolu nad svěrači. V takovém případě je zapotřebí sofistikovanějšího řešení, zahrnujícího nutnost nácviku nové kontroly, případně s využitím urologické medikace. Nemít v této oblasti problémy je zvláště důležité, protože opak bývá postiženými vnímán jako prioritně otravný a ponižující, a může být původcem obav před vzdalováním se z domova, putováním na neznámá místa, nebo účastí na společenských akcích.

### 2.1.2 Únava

Snadná unavitelnost je po CMP jedním z nejobvyklejších následků, a vzhledem k tomu že ovlivňuje jakoukoliv činnost, může být výrazně omezující. Obvykle se s postupem času snižuje, ale nemusí odeznít zcela. Bdělost nezřídka v první fázi zotavování značně kolísá, výsledkem čehož je ospalost, člověkem významně pocítovaná. Tyto potíže mohou být opravdu závažné, pokud oblast poškození zahrnuje centra v mozkovém kmeni, regulující spánek a bdění. Carlsson, Möller a Blomstrand (2003) provedli výzkum mezi pacienty mladšími 75-ti let, rok po mírné mozkové mrtvici (mírnost definovali pomocí Barthelova indexu - míry sloužící k určení funkční nezávislosti) a u 72% vzorku byla diagnostikována astheno-emoční porucha (syndrom zahrnující problémy se soustředěním, snadnou mentální unavitelnost, výkyvy paměti, emoční labilitu a dráždivost na podněty) s únavou jako nejběžnějším symptomem. 49% z nich přitom nebylo shledáno depresivními, takže je možné se domnívat, že ačkoliv se únava s depresí v širokém pásmu překrývají a korelace mezi nimi bývají vysoké, nedá se veškerá únava redukovat jen na následky deprese. Při rehabilitaci je důležité brát na úroveň pacientova vyčerpání ohled a když je to potřeba, raději zařadit přestávku, protože "přetažení" sil by bylo více kontraproduktivní.

### 2.1.3 Bolest

Nemusí se týkat zdaleka jenom hlavy. Co do intenzity, vyskytuje se v různých stupních - od mírné, až po zneschopňující - a často může být více typů bolesti kombinováno dohromady. Když je přítomno více různých příčin najednou, bývá obtížné jednotlivé výsledné typy od sebe oddělit, neboť se překrývají. Prostším typem je bolest čistě nociceptivního charakteru. Mívá původ v paréze nebo plegii, kdy jsou svaly pro ochablost vystavovány větší zátěži, než na jakou stačí, a s tím samozřejmě trpí i klouby. Častým příkladem je třeba bolest v ramenním kloubu u paretické horní končetiny. Řeší se pomocí závěsů, dlah, fyzikální terapie (například nahřívání bolavého místa) a především během fyzioterapie. Stejně tak může být bolestivě vnímána spasticita ve svaích spadajících pod poškozenou oblast mozku. Složitějším typem bolesti je takzvaná centrální, nebo jiným názvem neuropatická. Má kořen přímo v lézi uvnitř mozku, a proto je podstatně těžší ji ovlivnit. Výsledky mají například léky na bázi snižování excitace neuronů nebo některá antidepresiva. Klit, Finnerup a Jensen (2009) ji dávají do souvislosti se změnami spinothalamického traktu, centrální senzitivizací, disinhibičními teoriemi, nebo přímo s thalamem. Prevalenci odhadují v rozmezí 1-12%, u pacientů se senzorickými deficity až 18%. Podpůrná kritéria pro diagnostiku centrální bolesti jsou - pokud není přímo spojená s pohybem, zánětem, nebo poškozením tkáně, popisy jako pulzující tupá bolest, pálení, mrazení, bodání, tlak, výboje a bolestivá odpověď nebo jiné abnormální nepříjemné pocity v reakci na jinak neutrální podněty, jako dotyk či chlad.

### 2.1.4 Poruchy kognitivních funkcí

Doména kognitivních následků poškození mozku je zvláště pestrá, co se týče možného, takže na tomto místě bohužel utrpí asi největší telegrafičností. Jde o záležitosti méně nápadné, a možná právě proto často s hlubokými důsledky pro člověka, neboť nezasvěcený pozorovatel je může při vzájemné interakci s ním připisovat chybným příčinám, v horším případě je i považovat za naschvál nebo slabost vůle. Jednak přeživší po CMP často bojují s krátkodobou pamětí. Každý si dokáže z vlastní zkušenosti představit řadu situací, ve kterých to zadělává na problém, ale špatně fungující paměť spojená s poškozením mozku může mít i méně očekávané vlivy, jako třeba na optimální váhu, pokud člověk opakovaně po jídle zapomíná že už jedl, nebo obráceně si nevzpomene že by se měl najíst. Leckdy z následků mrtvice utrpí úsudek, uvažování,

plánování, organizace činnosti, flexibilita myšlení - obecně funkce označované jako exekutivní. Při závažnějším postižení může být daná osoba prakticky značně "nepoužitelná", aniž by se tato skutečnost vyjevila v běžném intelektovém testu, který není neuropsychologické povahy. Dále se mezi kognitivní poruchy řadí problémy s vnímáním - další široká oblast o mnoha modalitách - opět, kromě představě bližších jevů sem spadá třeba jednostranný neglekt, nebo neschopnost nahlížet svůj zdravotní stav, vyúsťující ve fyziologické popírání nemoci.

Na konec jsem si nechal potíže s pozorností a uvedu je v souvislosti s výzkumem, který provedli McDowd, Filion, Pohl, Richards a Stiers (2003). Shrnutí, probandi s levostranným poškozením si oproti kontrolní skupině hůře vedli při nutnosti rychle přepínat pozornost mezi vícero podněty, a přeživší CMP měli obecně problém při potřebě pozornost dělit. Přitom se jednalo o účastníky považované za vysoce zotavené. To jenom potvrzuje tezi o důležitosti využití specializovaných diagnostických metod. Pokud jde o korelaci úrovně pozornosti s fungováním v každodenním životě, potvrdila se, dokonce autoři uvádí, že je podle ní možné například dva měsíce po CMP teoreticky s velkou signifikancí odhadnout každodenní funkčnost člověka za dva roky. Stabilní pozornost je velice důležitá při konverzaci a společenských aktivitách, které jejím nedostatkem bývají narušeny, na čemž závisí i schopnost úspěšně rehabilitovat.

### 2.1.5 Afázie

Zaslouží si zde vlastní prostor už proto, že domluvit se s jinými lidmi je pro kvalitu života zásadní, navíc velmi komplikuje možnosti výzkumu mezi svými nositeli. Uvádí se, že afázie vzniká u třetiny lidí po náhlé CMP a u 30-43% z nich přetrvává. Díky moderním zobrazovacím metodám byl přehodnocen předpoklad, že by schopnost používat jazyk byla specificky lokalizovaná do přesně určených částí mozku, v návaznosti na klasiky afaziologie Paula Brocu a Karla Wernickeho, nicméně přibližná návaznost určitých afázií na určité oblasti mozku existuje a jména obou zmíněných pánů, nejen v klasifikaci, žijí dodnes. Následující stručné rozdělení je dáno z hlediska jazykových deficitů. Brocova afázie je neplynulá, s výrazně zpomaleným tempem. Řečová produkce je pro pacienty velmi namáhavá, v jejich řeči převažují substantiva, často v základním nebo nesprávném gramatickém tvaru. Výskyt neplnovýznamových slov je zredukován a dlouhá či nízkofrekventovaná slova též představují problém. Obecně je porozumění, oproti řečové produkci, u pacientů s tímto typem afázie vždy lepší.

Wernickeho afázie je oproti tomu plynulá, jenže pro výskyt neologismů má pacientova řeč velmi nízkou informační hodnotu. Gramatická stránka bývá víceméně v pořádku. Dominujícím symptomem je právě porucha dekodování mluvené řeči, čtení bývá výrazně narušeno také.

Konduktivní afázie je charakteristická potížemi s opakováním slov a vět, což bývá vysvětlováno poškozením fonologického zásobníku. V řeči se to zhusta projevuje záměnami hlásek ve slovech a mluva může působit těžkopádně, když se na ně její původce soustředí a snaží se chyby korigovat.

Příznakem anomické afázie je porucha vyhledávání v mentálním slovníku, která se projevuje jako tzv. anomická pauza, když člověk při řeči narazí na něco, co neví jak vyjádřit.

Globální afázie vzniká při rozsáhlejších poškozeních, které zahrnují více částí mozku najednou, následkem čehož jsou těžce narušeny všechny složky řeči. Pacienti pak často produkují jen perseverační slabiky (to-to, no-no) nebo stereotypně opakuji nějaký neologismus (např. zibla-zibla). (Cséfalvay, 2010)

Na typu afázie závisí alespoň zčásti také prognóza. Bakheit, Shaw, Carrington a Griffiths (2007) ve výzkumu porovnávali zlepšení výše uvedených pěti skupin afatiků v průběhu rehabilitace. Vyjádřeno bylo pomocí posunu skóru ve Western Aphasia Battery oproti vstupní administraci. Jazykové schopnosti se během 24-týdnů stabilně zlepšily u všech skupin, v prvních čtyřech týdnech nejvýrazněji, ale největšího posunu dosáhli pacienti s Brocovou afázií a poté ti s globální, v kontrastu se zbytkem (Wernickeova, konduktivní, anomická). Koneckonců, čím nižší počáteční skór, tím vyšší je potenciál pro zlepšení. Zásadní věcí je náhled na vlastní jazykový deficit - možné vysvětlení ve prospěch pacientů s afázií Brocova typu.

### 2.1.6 Změny emocí a chování

Emoční labilita není při zotavování se z CMP ničím výjimečným. Hlubší změny osobnosti jsou častější při poškození frontálního mozku, a pro přátele a příbuzné bývá obzvláště složité se s nimi srovnat, protože je těžší jim porozumět, než změnám otevřeně fyzickým. V některých případech může být dalekosáhle přetvořena celá osobnost, v jiných jsou přehnané pouze některé její aspekty. S čím se můžeme setkat? S bouřlivými citovými reakcemi, nebo napoak jejich zdánlivou absencí, neadekvátně vůči situaci. S agitovaným chováním, vyznačujícím se motorickým



neklidem. S tendencemi k hněvivým vzplanutím, ať už z frustrace, nebo obecných potíží s ovládáním impulzů. S nedostatkem náhledu na vlastní osobu, jež může být vyostřen k popírání skutečnosti. S odbržděností, která může být zdrojem jednání, ve slušné společnosti považovaného za nepřijatelné. S neschopností vcítit se do jiných lidí. S apatií a ztrátou motivace jít vstříc svým potřebám a cílům. Se změněnou mírou sexuálního puzení. Také s depresí - té se ale budu detailněji věnovat až dále.

## 2.2 Hospitalizace, a co následuje poté

Orientace v událostech, které CMP následují je důležitá k tomu, abychom si mohli snáze představit kulisu celého dějství. Tak tedy začátkem je převoz do nemocnice, kde rychle následuje určení problému a operace, s cílem zastavit krvácení, nebo opět zprůchodnit krevní řečiště. Kóma je u pacientů běžným jevem a může se pohybovat i v řádu týdnů až několika měsíců, v závislosti na závažnosti případu. Podle modelu uvedeného v manuálu organizace Headway (2009, str. 33), rodina v tu dobu prochází fází "Panebože, nech ho (ji) žít", s obvyklým obsahem emočních reakcí jako šok nebo panické popření. Trvá do stabilizace zdravotního stavu a středem zájmu je zde přežití blízkého. Pacienti bývají umístěni na ARO nebo na jednotkách intenzivní péče při neurologických odděleních a jak je to možné, začíná se s bazální stimulací.

Když pomine nejhorší, pacient putuje na oddělení nižšího typu v rámci nemocnice (tentokrát už zaručeně víceméně bdělý), rodina si oddechne, trochu se uvolní, a protože vidí určitý pokrok, může živit naději, že všechno bude zase jako dřív. Opět v tom může být obsaženo popření budoucnosti, ale to je zcela přirozená reakce v kontextu vážné situace.

Po nemocnici standartně následuje přesun do jednoho z rehabilitačních ústavů, kde už je cvičení hlavní náplní dne, za přispění pestré směsi zdravotnického personálu. S průběhem času se u pacienta (pokud má dobrý náhled) a jeho rodiny rozšíří poznání a zasvěcenější vhled do problému, což kromě možnosti realistického zhodnocení věci, může živit pocity úzkosti, vzteku, deprese a viny.

Délka pobytu v rehabilitačním ústavu má dobu vymezenou, a s tím i řadu čekatelů na místo. Nebývá možné v něm za peníze ze zdravotního pojištění strávit více než několik měsíců, po kterých následuje propuštění, bez ohledu na dosažený funkční stav.

Člověk se tedy navrácí do domácího prostředí, kde mu blízcí musí pomoci situaci nějak zvládnout. Problém je, když se sám o sebe postarat nedokáže, ani nemá nikoho, kdo by k tomu měl čas a ochotu. Potom přichází umístění na oddělení LDN nebo do domova sociální péče, což s sebou nese ten problém, že možnosti další rehabilitace tam bývají minimální a s tím i potenciál dalšího zlepšování schopností a stavu. Tato místa mají v obecném povědomí, bohužel, pověst pomyslné poslední stanice, poté co byly všechny další možnosti vyčerpány.

Poměrně rozšířeným problémem je u nás, v České republice, takzvaná "rehabilitační turistika". Jde o jeden z důsledků neexistující ucelené koncepce péče. Je tím myšlena situace, kdy člověk chaoticky střídá různá zařízení, ať už lůžková nebo ambulantní, případně je zbytečně překládán z oddělení na oddělení. Vzhledem k tomu, že různá zařízení mezi sebou komunikují pouze sporadicky, jestli vůbec, ústí to například do opakovaných vyšetření stejného druhu, provozních a administrativních úkonů, které každý patientský přesun doprovázejí, o pacientově adaptaci na změnu místa nemluvě. Obecně řečeno je tak efektivita systému menší, než by ideálně mohla být.

## 2.3 Komunikace s lékaři

Platón rozlišoval mezi dvěma druhy lékařů - mezi lékaři otroků a lékaři svobodných: „Nedělali jsme špatné přirovnání, když jsme přirovnali všechny ty, kterým se nyní dávají zákony, k otrokům jakoby léčeným od otroků. Neboť je třeba dobře vědět to, že kdyby někdy některý z těch lékařů, kteří provozují lékařství na základě zkušeností bez vědeckého základu, zastihl lékaře svobodného, jak rozmlouvá s nemocným, mluví řečí blízké filozofování, chápe se nemoci od jejího počátku a vykládá o veškeré přirozenosti těl, hned by se hlučně zasmál a neřekl bych žádná jiná slova nežli ta, která má v takových případech pohotově většina takzvaných lékařů; řekl by totiž: „Bláhový, ty neléčíš nemocného, nýbrž ho patrně vzděláváš, jako by se měl stát lékařem, a ne zdravým člověkem.“ (Bednář, 2005, str. 27-28)

Tento rozsáhlejší citát uvádím proto, že hezky vystihuje ústřední zásadu, v současnosti opět diskutovaného přístupu, že by praktikovaná medicína v žádném případě neměla zapadnout do pouhého rutinérství a s tím spojené mechanistické podoby vztahu lékař-pacient. Je to důležitá výzva, které je třeba se chopit dnes, stejně jako už kdysi v antickém Řecku.

Rodina pacienta po CMP, posléze i on sám, nevyhnutelně přijde do styku s řadou zdravotnických pracovníků, z nichž ovšem právě na lékařích leží největší díl odpovědnosti a nezáviděníhodná úloha být prvními, kdo musí sdělit jak se věci mají a jak by mohly pokračovat. Bohužel, ne vždy se to podaří provést zrova šťastně. Příkladem může posloužit pacient po poškození mozku, kdy jeho rodina byla vystavena zbytečnému stresu informacemi o možnosti darování orgánů, protože jeho stav byl vyhodnocen jako neperspektivní. (Roubal et al., 2011, str. 21) Tím nechci říci, že by se při sdělování prognózy mělo "milosrdně" lhát, ale spíše že poškození mozku je velice komplexní problém, před kterým je nutné zachovávat určitou pokoru. Mozek dokáže provádět změny mířené směrem ke kompenzaci poškozených funkcí, a vždy tedy existují nějaké povzbudivé možnosti v dlouhodobém časovém horizontu. Není to zase tak dlouho, co byla myšlenka že poškozený mozek dospělého člověka dokáže fyzickou změnou struktury reagovat na poškození nebo nácvik, většinově odmítána. Mělo se zato, že jakmile jedinec dosáhne ranné dospělosti, jeho neuronální systém dozraje, uzamkne se a už není schopen jakéhokoliv přebudovávání spojů. Přitom plastické změny se zdají probíhat na všech úrovních, od exprese genu a molekulární syntézy, k utváření nových vzorců spojení mezi vzdálenými oblastmi mozku. (Mala, 2009, str. 59)

Jak se člověk postupně sžívá s následky, dochází k zajímavému úkazu: „Čím více obraz nemoci utvářejí dlouhodobé chronické nemoci, tím více se role nemocného stává parciální, již vykonává souběžně vedle dalších životních úkolů a rolí. Zatímco akutní onemocnění představuje totální pád do nemoci, jež má časově kratší průběh a je zakončena uzdravením, chronické nemoci znamenají dlouhodobou koexistenci se zdravotními potížemi a složitě prorůstají do všedního dne." (Křížová, 2005, str. 616) Z chronika se, svým způsobem, stává odborník na praktickou stránku svojí nemoci, protože je to nakonec on, kdo s ní žije čtyřicet hodin v kuse, sedm dní v týdnu. Každé setkání se zdravotnickým expertem je pak vlastně setkání dvou odborníků, se vším co to obnáší. Má význam brát pacientovy poznatky o svém stavu opravdu vážně, jinak by to mohlo těžce poškodit vzájemný vztah, a v důsledku pacientovu ochotu spolupracovat.

Beran a kolektiv (2010, str. 52-58) za základní dovednosti z komunikační oblasti psychologie, které by si měl lékař osvojit (ideál, kterého se nikdy nemůže dosáhnout ve společnosti, kde primární roli mají "peníze"), pokládají schopnost naslouchání - co druhý říká, jak to říká a přitom sledovat i jeho mimiku a pohyby, aby pak bylo možno lépe poznat skutečný smysl pacientova sdělení.

Spolu s tím naslouchat sám sobě, to znamená věnovat pozornost tomu, jaké pocity a myšlenky v něm setkání s pacientem vyvolává. Dále schopnost empatie - schopnost vcítění se do duševního stavu druhé osoby, kterou je třeba nezaměňovat se soucitem. S tím souvisí schopnost projevit porozumění, pomocí něhož se tím více interakce dvou osob stává pravou komunikací, ve smyslu vzájemné a otevřené výměny informací a pocitů. Čtvrtou uvedenou schopností je dokázat pacientovi poskytnout výklad blízký jeho poznání, který by mu objasnil souvislosti a vztahy jeho případu, jichž si předtím nebyl vědom. A konečně schopnost dávat najevo zájem - toho je dosahováno především neverbálním způsobem - a poskytovat podporu soustředěním se na pozitivní stránky pacientova života, případně jeho aktuální situace, je-li to oprávněné. Výrokům, které by narušovaly jeho vnitřní rovnováhu je lepší se vyhnout. Podpora jako součást pomoci těžce somaticky nemocným má zásadní význam.

## 2.4 Jak je důležitá informovanost

„Já bych vám to řek, kdybych věděl sám." - Tak zní odpověď konkrétního člověka na otázku, v čem potřebuje pomoci. (Roubal et al., 2011, str. 63) A je to odpověď vcelku symptomatická. Totiž samotný fakt, že člověk projde nějakými zdravotnickými zařízeními ještě neznamená, že se během toho dozví co a jak, až se dostane zpátky domů. Potřebuje vědět jak a kde nadále rehabilitovat, protože následky CMP jsou běh na dlouhou trať. Jak se dostat zpátky do běžného života a pokud možno, do předchozího zaměstnání. O jaké finanční příspěvky a služby může žádat. Kde je k sehnání osobní asistence. Tyto a další podobné otázky musí po propuštění z rehabilitačního ústavu řešit řada lidí, která na ně není pořádně připravena. Výhodou samozřejmě je, když se mezi rodinou a přáteli nacházejí lékaři, fyzioterapeuti, nebo lidé pracující v sociálních službách, ale ne každý má takové užitečné "konexe". Naštěstí existují již výše zmíněné organizace, jako například u nás CEREBRUM, v Irsku Headway. Jde o spolky na komunitní bázi, sdružující osoby po poranění mozku a jejich rodiny. Dokáží nejvýše zasvěceně poradit, klienti v nich můžou sdílet své zkušenosti, provozují rehabilitační a respitní programy, kurzy různého druhu a v neposlední řadě mají přehledné internetové stránky s řadou brožurek a dalších materiálů ke stažení.

Podobná seskupení mimochodem fungují v oblastech různých diagnóz, sklízejí mnoho chvály od klientů i jejich příbuzenstva a je zřejmé, že tento model bude nadále perspektivní pomocnou silou do budoucna.

Druhým aspektem informovanosti je očekávání kolem změny kvality života spojené s postupem léčby. Nedostatečně informovaní lidé mohou očekávat mnohem větší nebo rychlejší změnu, než v dané fázi odpovídá realitě. Právě rozpor mezi očekávanou a dosaženou kvalitou života má nezanedbatelný vliv na spokojenost člověka a jeho blízkých s léčbou, potažmo lékařským stavem obecně. Pokud zdravotníci nedokáží včas rozpoznat skrytou část pacientovy zakázky, může to později vést k vzájemným neshodám, které vyplývají z pacientovy nespokojenosti s výsledky léčby. Je to problém zejména v somatických oborech, které se, z pochopitelných důvodů, psychologickými aspekty zabývají podstatně méně intenzivně. (Vavrda, 2005, str. 176)

## 2.5 K filozofické dimenzi problému

Myslím, že by byla škoda, alespoň krátce se nepodívat na problematiku mozkových příhod filozofickým pohledem. Ačkoliv je svébytný, pomáhá jít do hloubky a snaží se odtamtud vynést cenné postřehy a poznatky, které přispívají k porozumění a jinak by zůstaly ve svém temném příbytku opomenuty.

### 2.5.1 Setkání se smrtí

Každá nemoc je, svým způsobem, setkání se smrtí. Platí, že čím je těžší, závažnější, a cévní mozkové příhody rozhodně závažné jsou, tím hlouběji hrot smrti do člověka proniká a tím více ovlivňuje jeho vnímání a prožívání světa jako celku. Jak, až poeticky, píše Jan Payne (2005): „Zatímco se nám během života více či méně daří děsivou úvahu o smrti zahnat, v případě vážné nemoci a vždycky ve stáří to již nejde: zbývá toliko zírat do temného chřtánu vlastní nicoty a zvykat si na osamělost. Tato hrůza se nedá řešit práškem či rozptýlením; takto se totiž problém toliko odsune a nakonec se vrátí v ještě horší podobě. To jediné, co se dělat dá, je vzít svůj konec a limit vážně. (str. 197) ... Thanatos, čili bůh smrti se nám totiž zjevuje skrze každou chorobu, a pokud před ním někdo utíká, dopadne ještě hůře; Tak či tak se z jeho spárů nevymaní, avšak konec bude strašnější než počátek: vposledku zplaní naše plány a nám zbude jen ta holá kůže.“ (str. 200) Ve své další publikaci (2008) uvádí, že umírání v každém, koho přímo postihne,

vyvolává rozmanité prožitky, přičemž zápornou ústřední trojici tvoří bolest, smutek a strach. Protože tyto prožitky mají povahu události, daly by se vhodně vyjádřit slovesnou formou jako: ,trápí mě, že ...', ,mrzí mě, že ...' a ,děsí mě, že ...' Vztah k umírání rázu děje má tedy trojí podobu prožitku, a sice chorobou způsobenou bolest, chudobou způsobený smutek a samotou způsobený strach. Když připustíme, že nelze stanovit přesnou hranici mezi pocitem zaměřeným k určitému předmětu a pocitem bez něj, vzniká plynulý přechod mezi bolestí a cizostí, smutkem a lítostí, strachem a úzkostí. (str. 140-143)

To všechno představuje skutečnost, se kterou se musí člověk niterně vyrovnat, trvá to různě dlouhou dobu a lidé tak činí různými způsoby. Za příklad můžou posloužit výpovědi klientů pomáhajících organizací. (CEREBRUM, n.d.; Headway, 2010, 2016) Nijak výjimečný mezi nimi není například náhled na vlastní osobu jako na staré Já, a potom na to nové, se kterým je potřeba se znovu sžít, což je obdobně těžké i pro rodinu a přátele, ze kterých obvykle zůstanou jenom ti stálí, zatímco ti "do hezkého počasí" se dříve nebo později vytratí. Často uváděná je rozsáhlá přestavba životních hodnot a celkové utřídění priorit. Lidé v tomto ohledu úspěšní, při zpětném pohledu na prožité zkušenosti nachází řadu pozitivních aspektů, které nabývají život obohacující povahu. U někoho může poškození mozku, přesněji opět s ním spojená zkušenost, posílit zájem o spiritualitu. Přesně ta se zabývá hledáním odpovědí na otázky života, smrti a významu utrpení pro lidského ducha.

### 2.5.2 Vztah mezi psychikou a mozkiem

Setkání s následky mozkových příhod podněcuje k dalšímu uvažování, jak nahlížet na vztah mezi psychikou a mozkiem. Základní, vůči sobě se polarizující přístupy, jsou dva. První by se dal nazvat monistický a těší se poměrně silnému zastoupení, nejspíše protože k němu lze snáze dojít pomocí metod vědeckého pozitivismu. Psychika s mozkiem v něm splývají v jedno, přesněji psychika je výstupem biologicko-chemických interakcí v mozkové tkáni. Jinými slovy by se asi dalo hovořit o základně a nadstavbě. Jako nejproblematictější místo tohoto systému se mi zdá následující úvaha, která z něj vyplývá - jestliže je mozek entita ovlivňující samu sebe bez potřeby dalšího, k čemu je potom dobrý prožitek vědomí? Celý bohatý svět psychiky by byl pouze nevýznamným doprovodem na pozadí světa "skutečného", vznikající a zanikající v závislosti na aktuální provozuschopnosti konkrétního mozku. Dotaženo do extrému, dalo by se předpokládat,

že s nárůstem poznání bude nakonec možné redukovat celou psychologii na odnož molekulární biologie.

Druhý přístup, dualistický, pokládá psychiku a mozek za dvě entity ve vzájemné interakci. Významným zastáncem tohoto směru byl například neurofyziolog J. C. Eccles. Citátem z Nakonečného Psychologie osobnosti (2009, str. 55-56): „Soudil, že mozek je nástrojem duše, která s ním komunikuje v oblasti zvláštní neuroanatomické struktury (vertikálně uspořádané moduly v centrální části mozkové kůry). Současně však soudil, že určit povahu vztahů mezi osobností a mozkiem (preferuje termín "duše") je nad možnosti současné vědy, možné je jen konstatování závislosti osobnosti na činnosti mozku, odvozené z pozorování psychických poruch, korelujících s poškozením mozku (např. demence)." Toto pojetí by mohly podporovat třeba poznatky z oblasti psychosomatiky, v základě už samotný fakt, že pouhá představa je schopná ovlivňovat činnost řady tělesných funkcí, zdaleka nejenom senzomotorických. Znamená to, že skrze psychiku je možné zasáhnout do těla, a naopak skrze tělo do psychiky. Praktickým příkladem prvního může být potlačení pudu sebezáchovy v mezních situacích, příkladem druhého pak snaha zlomit něčí vůli pomocí pečlivě aplikovaného násilí. V duchu dualistického interakcionismu tedy můžeme na následky CMP pohlížet jako na narušení součinnosti psychiky a mozku nebo znemožnění jejich spolupráce. Obrazně řečeno při takové události dochází k poškození nejcenějšího nástroje na zacházení se světem, jaký člověk má.

Z hypotetického pohledu jedince po mrtvici se mi zdá dualistické pojetí šťastnější, protože umožňuje ztotožnit těžiště vlastního já s něčím méně pomíjivým než s kusem organické tkáně, která nadto utrpěla poškození, ze kterého se už dost možná nikdy nenavrátní do předcházejícího stavu. Klade důraz na vlastní vůli, což dodává sílu v aktivním vyrovnávání se s následky. Ještě jednou - je to pouze hypotetické, ale samotného by mě velmi zajímalo, jak o této problematice přemýšlejí sami lidé, kterých se týká, pokud tak zrovna činí. Největší slabinou této teorie je, že ji stěží někdo bude zkoumat pomocí kontrolovaného experimentu - je především empirické povahy, ve smyslu východiska v žité skutečnosti, krom toho má výraznou intuitivní složku.

### 2.5.3 Dva aspekty soucitu

Ještě mi nedá, nepodívat se na tomto místě blíže na problém se soucitem. Tématika by mohla spadat pod sekci o závislosti na cizí pomoci, ale vzhledem k použitým zdrojům sem pravděpodobně zapadne více. Se soucitnými reakcemi okolí se obecně setkávají lidé zakoušející nějakou formu utrpení a stejně jako u mnoha dalších fenoménů jde o dvojsečnou zbraň. To ušlechtilé na soucitu, ve své teorii hezky vyzdvihl Arthur Schopenhauer. (1998, str. 297-300) Došel až k tvrzení, že soucit je opravdovou podstatou čisté lásky - mezi bytostmi spojenými v neštěstí, jež je vlastní životu. Dobro, láska a šlechtnost pro druhé jejich utrpení zmírňují, k čemuž je vede poznání pochopené bezprostředně z utrpení vlastního, jemu kladeného na roveň. „Utrpení, které (láska) zmírňuje, ať velké či malé, je vždy nějakým nesplněným přáním." (str. 298) Poté ještě následuje zajímavé zamyšlení, co je vlastně pláč. Že člověk ani tak nepláče nad bolestí jako takovou, ale spíše nad jejím zopakováním v reflexi, kdy přechází k její pouhé představě a poté shledává svůj vlastní stav tak hodným soucitu, že kdyby takto trpěl někdo jiný, je přesvědčen že by mu sám s plným soucitem a láskou pomohl. Pláč je tak gestem soucitu se sebou samým. Z toho plyne, že vypovídá o určité kvalitě charakteru a proto také snadno nepláčí lidé tvrdého srdce, nebo mdlé fantazie. Tato charakterová kvalita odzbrojuje hněv, protože člověk podvědomě cítí, že kdo ještě může plakat, ten by měl také být schopný lásky, to jest soucitu i s druhým.

Na druhé straně stojí Fridrich Nietzsche. Měl ostrý zrak a nezpochybnitelný talent důvtipně zachytit mnohou slabost v lidských vlastnostech a konáních. Ani soucit se jeho pohledu nevyhnul, jak ukazují tři následující aforismy, vybrané z Lidského, příliš lidského: „*Soucitní*. - Soucitné povahy, ochotné v každém neštěstí ihned pomoci, se jen zřídka umějí spoluradovat: při štěstí druhých nemají co dělat, jsou nadbyteční, cítí se zbaveni své nadřazenosti, a snadno proto projevují rozmrzelost." (2010, str. 179) „*Špatná vlastnost soucítění*. - Se soucitem se druží jakási jemu vlastní nestydatost: jelikož chce soucit za každou cenu pomoci, nikterak se nerozpakuje ani ohledně prostředků léčby ani ohledně druhu a příčiny nemoci a svým mastičkářstvím se směle pouští do zdraví i pověsti svého pacienta. (2012, str. 36) *Soucité ženy*. - Soucítění žen, jež je užvaněné, vynáší lože nemocného na otevřené tržiště." (str. 106) Jde o to, že pokud člověk o soucit nestojí, může se ho negativně dotknout stejně intenzivně, jako by ho v dobrém podpořil, kdyby byl o něj stál.



Má totiž tendenci poškozovat sebeúctu svého objektu, a pokud je vtíravý, provokuje odpor v duchu vynikající analýzy pocitu hnusu z knihy Konrada Paula Liessmanna (2013, str. 178-184). Na podkladě prací dalších filozofů vyvozuje, že hnus se jednak projevuje jako reakce na přemíru ve stavu nasycení, ale hlavně, a to se dá lehce přenést do oblasti sociálních interakcí - jako odpor z přílišné blízkosti bez možnosti vzálení se, z intimity obrácené navenek, intimity na místě kde nemá co pohledávat. To je něco, co je dobré mít na paměti a zároveň nepříjemné zjištění, v době kdy bývá blízkost vyzdvihována jako jednoznačně žádoucí hodnota.

### 3. Tři výsledky

Název je to možná lehce zavádějící, ale zvolil jsem ho, protože následující podsekcce se týkají témat, které po cévních mozkových příhodách stojí v pomyslné druhé linii, za následky bezprostředními, o kterých bylo psáno výše.

#### 3.1 Vztahy a potřeba cizí pomoci

Jak silné jsou dopady CMP na lidské vztahy a celkový životní styl je zřejmé. O možné ztrátě přátel a sociálních kontaktů jsem se už zmínil, takže nyní bych se blíže zaměřil na vztah s pečovateli. Rodina je myslím všeobecně uznávána jako nejlepší zdroj podpory a péče, a tedy ideální entita, ke které by se měl čerstvě propuštěný pacient navrátit. Řada lidí má v čase kdy udeří mrtvice třeba přítele nebo přítelkyni, ale tento druh vztahu mívá přece jenom menší stabilitu, tedy je náchylnější k rozpadu pod zátěží vážného onemocnění. Nicméně manžel, manželka, přítel či přítelkyně bývají první osobou, která je zcela přirozeně vedena do role primárního pečovatele.

Jak dokáže poškození mozku reálně rozložit i do té doby dobře fungující rodinu, dokládá následující příběh (CEREBRUM, n. d., str. 16-18): Pisatelce bylo teprve 8 let, když její otec při návratu ze služební cesty utrpěl těžkou autonehodu. Matka tehdy situaci zvládla, přes ono zdánlivě nekonečné období, kdy se její manžel potácel na hranici smrti v kómatu, i přes prognózy lékařů že jde o beznadějný případ do doživotní ústavní péče. Když byl asi po roce propuštěn z nemocnice, autorka příběhu si na něm ještě mnoho zvláštního nevšíkala,

kromě toho že měl opravdu špatnou krátkodobou paměť. Co se však změnilo, byl přístup matky. Začala se k němu chovat se zdvořilým odstupem, později až se štitivostí a po pár měsících požádala o rozvod, s tím že manžel už nikdy normální nebude a setrvání s ním by mohlo narušit zdravý vývoj dětí. Po čtyři roky následovalo něco, co autorka nazvala "možná jednou z nejhorších rozvodových bitev v historii". Minulost byla převyprávěna, otec se v ní stal nebezpečným tyranem, proběhlo stěhování do jiného města, další nevraživost mezi zúčastněnými stranami a zřejmě až díky otcově vytrvalosti ve snaze o kontakt s dětmi, k němu ve svých 24 letech dcera našla cestu zpět.

Podíl lidí, kteří po CMP potřebují v životě nějakou formu pomoci je značný. Lokální analýza dat Národního registru CMP za rok 2010, pro pacienty hospitalizované ve Fakultní nemocnici v Ostravě (Roubec, n. d.), uvádí následující hodnoty Rankinova skóre vyššího než 2 při propuštění: 3 (potřeba malé pomoci) - 6,8%; 4 (potřeba velké pomoci) - 7,4%; 5 (potřeba stálé péče) - 18,3%; 6 (smrt) - 8,3%.

Jaká jsou hlavní úskalí odkázanosti na cizí pomoc se můžeme dočíst v monografii Vladimíra Kebzy. (2005, str. 151) Sociální opora, která je člověku dostupná skrze vazby ke druhým osobám, skupinám a širší společnosti, vytváří pomyslný sociální fond, ze kterého je možné čerpat podporu v případě potřeby. Může ovlivnit způsob, jakým se jedinec vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví. Háček je v tom, že při konfrontaci s těžkostmi se alespoň část lidí snaží problém řešit nejprve vlastními silami, namísto okamžitého hledání pomoci u druhých. Když jsou k tomu později nuceni, může být takto získaná sociální opora chápána jako vyjádření vlastního selhání, zranitelnosti a nemohoucnosti. Doslova převzato: „že jedinec potřebuje pomoc, může vést k negativním reakcím zejména tehdy, jestliže poskytovaná pomoc - je v rozporu s jeho představou o vlastní autonomii a sebevládě - ohrožuje jeho sebeúctu, sebedůvěru - je v rozporu se širokým chápáním toho, jak se má zachovat "správný" muž či žena - znamená riziko sebe-znevážení, diskreditace - navozuje pocity bezmoci - neodpovídá potřebám jedince. Důsledkem mohou být pocity viny, úzkost a pocity závislosti." (str. 166)

Důležité ve vzájemném vztahu je, aby u pečovatele nedošlo k zaseknutí se v této roli. Jinak hrozí nastat situace, kdy jeden má pocit že "dělá všechno" a je pod obrovským tlakem, kdežto druhý má pocit že "nedělá nic" a cítí se být zbytečný. V pozici pečovatele je užitečné si položit následující otázky: Dokážu se bezpečně a s klidnou myslí vzdát některých součástí své pečovatelské role? Nezanedbávám některé z dalších rolí, které by měli lidé ve vztahu zastávat?

Nemohl by partner více přispívat k tomu, aby byl náš vztah vyváženější? (Palmer & Palmer, 2013, str. 87) Podobný přístup pomáhá předejít problémům jako jsou pocity vyhoření, společenská izolace, nebo negativní dopady na fyzický zdravotní stav.

### 3.2 Deprese

S depresí je to u lidí, jež přežili mozkovou příhodu složité, protože je v každém jednotlivém případě možným předmětem debaty, jestli má kořeny spíše v biologických změnách na úrovni mozku, nebo vychází ze psychických procesů při konfrontaci se životními těžkostmi. Leckdy přichází s růstem náhledu člověka na svojí situaci, takže alespoň z tohoto úhlu pohledu by se dala chápat jako určité znamení pokroku. Incidence také bývá uváděna různá. Třeba Angeleri, Angeleri, Foschi, Giaquinto a Nolfi (1993), pravda už ve svém starším výzkumu, uvádí čísla kolegů, z nichž nejnížší výskyt deprese v souboru respondentů činí 26%, nejvyšší pak 65%. Sami u svého vzorku došli k ještě vyšším hodnotám - průměr na Beckově škále odpovídal středně těžké depresi a pouze 17,41% respondentů mělo normální skóre. Deprese, společenské aktivity a rodinný stres se ukázaly být silně provázané. Dodává to tématice na závažnosti a je možné se domnívat, že respondenti by měli jasný prospěch z psychologické podpory, ovšem nikomu z účastníků výzkumu se podobné pomoci nedostalo a pravděpodobně ani dnes není situace v tomto ohledu podstatně odlišná.

Co prošlo výrazným posunem, je efektivita nasazení antidepresiv. Nové generace jsou vyladěnější, s menším množstvím vedlejších účinků, takže alespoň na této frontě se proti depresi bojuje snáz. Fakt, že ve výzkumu Angeleriho a kolegů byl počet pacientů u kterých byla nasazena antidepresiva minimální, poukazuje na další problém - depresi musí někdo rozpoznat a diagnostikovat, většinou praktický lékař, pro něhož je těžší se v problematice orientovat oproti specialistovi.

K debatě o dopadech deprese přispěli také De Man-van Ginkel, Hafsteinsdóttir, Lindeman, Geerlinks, Grobbee a Schuurmans (2015). Zajímalo je právě, do jaké míry je možné jevy jako například poruchy spánku, ztrátu energie, nechutenství a upadající soustředění brát za přímý důsledek mrtvice, nebo obecné depresivní symptomy. Porovnávali skupiny pacientů po CMP s diagnostikovanou i nediodagnostikovanou depresí, s pacienty z obecné praxe a pacienty se symptomatickými aterosklerotickými chorobami.

Výstupem bylo, že somatické i ostatní symptomy u depresivních pacientů vykazaly široce podobný vzor, a to nezávisle na tom, jestli se vyskytly po mrtvici nebo po něčem jiném. Ovšem u přeživších CMP se závažnost symptomů vyjevila vyšší než u zbylých skupin. Zajímavé je porovnání depresivních pacientů po mrtvici oproti jejich nedeprativním kolegům. U prvních byly všechny symptomy častější, včetně těch somatických, což by mohlo naznačovat jejich souvislost právě s depresí, spíše než s přímými následky poškození mozku. S depresí je tedy potřeba pro četnost jejího výskytu počítat, včas ji diagnostikovat a zakročit proti ní, aby nenarušovala další proces zotavování.

### 3.3 Kvalita života

A teď je ještě čas, podívat se na kvalitu života lidí po CMP skrze několik kvantitativních výzkumů. Ve všech případech jde o rozsáhlé, populačně zaměřené studie a každá z nich má trochu jiný cíl. Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd a Wolfe (2007) se v tom svém pokusili určit faktory, které by mohly předpokládat se zdravím spojenou kvalitu života. Ještě ji rozdělili na fyzický a psychický aspekt v 1 a 3 letech po mrtvici, aby byly zachyceny proměny jejích modalit v čase. Špatně hodnocený fyzický stav v prvním roce vyšel ve spojení s ženským pohlavím, manuální profesí, cukrovkou, pravohemisferální lézí, inkontinencí moči a kognitivními potížemi. Ve třech letech pak tyto faktory tvořila hypertenze, a nadále inkontinence s kognitivními poruchami. Lidé ve věku nad 75 let kupodivu hodnotili svůj fyzický stav lépe. Špatný mentální stav 1 rok po mrtvici vyšel v souvislosti s věkem pod 65 let, ischemickou chorobou srdeční a opět kognitivními poruchami. Zjištění kolem věku jsou zajímavá. Že mladší respondenti hlásili horší fyzické i mentální zdraví, by nasvědčovalo tomu, že měli větší problém se s následky CMP srovnat, nebo že měli větší očekávání kolem svého zdraví, což odráží jednu definici kvality života - jako propasti mezi očekáváním a zkušeností. Nižší subjektivní hodnocení žen by se dalo vysvětlit tím, že to bývají ony, kdo má doma v gesci "starání se", tedy něco, co pak nedokáží jejich mužské protějšky plně uspokojit. Léze pravé hemisféry bývají spojené s neglektem, agnóziemi a dezorientací, které mohou mít devastující efekt na společenské fungování, od toho asi výsledek.

Autory druhého výzkumu jsou Jönsson, Lindgren, Hallström, Norrving a Lindgren. (2005) K zachycení kvality života pacientů přidává i jejich neformální pečovatele s předpokladem, že budou situaci hodnotit lépe, a pokud se časem vyskytnou změny, budou na konto zlepšení zdravotního stavu pacienta. Zatímco při opakované administraci dotazníků po 16-ti měsících u pacientů došlo k signifikantnímu zlepšení v několika doménách, u jejich pečovatelů tomu tak nebylo. Dokonce oproti nim měli horší průměrné hodnoty v emoční a mentální složce. Zatímco pacienty vnímaná fyzická funkčnost oproti začátku mírně oslabila, jejich kvalita života se zvedla v sociálních, emočních a mentálních doménách. Mohlo by to signalizovat adaptaci na nové podmínky a změnu životních priorit. Ještě jeden zajímavý výsledek měl co do činění se statisticky významnou rozdílnou mírou zátěže na tři skupiny pečovatelů, rozdělenou podle míry závislosti jejich svěřenců (definováno Barthelovým indexem). Nejhuře dopadli pečovatelé o středně zasažené. Skupina s těžce zasaženými zřejmě může počítat s větší podporou svého okolí, které jim spíše v nelehkém úkolu pomůže. Každopádně výzkum poukázal na důležitost zřizování podpůrných programů pro všechny neformálně pečující.

Za dalším výzkumem stojí Edwards, Koehoorn, Boyd a Levy (2010) a jeho cílem bylo objasnit, zdali se s pokroky na poli medicíny a diagnostiky, se zlepšováním léčebných postupů a rehabilitace, zvyšuje také vnímaná kvalita života pacientů po mrtvici. Mělo k tomu sloužit porovnání patientských kohort Kanad'anů z let 1996 a 2005. Mezi oběma vzorky skutečně vyšel statisticky významný rozdíl, avšak podle dat došlo ke zhoršení. Nejvíce viditelně ve vztahu k atributům obratnosti a kognice. Toto zjištění je pravděpodobně způsobeno tím, že jak skrze medicínský pokrok dochází ke snižování úmrtnosti, narůstají počty přeživších, které se musejí vyrovnávat s těžšími postiženími oproti dobám dřívějším, kdy tato byla v celkové populaci znatelně méně rozšířená. Žádné speciální řešení tohoto problému asi neexistuje. Je to něco, co je potřeba brát jako fakt, zvyšující tíhu kladenou na poznání a kvalitu následné péče.

V posledním výzkumu, který zde uvedu, se autorky Hopman a Verner (2003) zajímaly o zjišťování kvality života během rehabilitace a potom šest měsíců po propuštění, aby přišly s poznatky, jak se mění její vnímání po této stránce. Že měla rehabilitace na příjemce silný, pozitivní účinek, není překvapivé, ale po propuštění bohužel může následovat stejně významný pokles, jak ukázaly výsledky. Odpovídá to skutečnosti, že návrat do domácího prostředí vůbec není jednoduchý.

Plně se v něm připomene ztráta oproti premorbidnímu stavu, při nutnosti vykonávat řadu každodenních úkonů, které najednou jdou jenom s velkým vypětím, popřípadě nejdou bez pomoci vůbec. Aby získaly větší zpětnou vazbu, autorky poté uspořádaly odděleně rozhovor se skupinkou pacientů a pečovatelů. Ohlas byl pozitivní, ne všichni se s výsledkem ztotožňovali, nicméně si byli vědomi, že pravděpodobně tvoří podskupinu, která dosáhla většího pokroku oproti lidem kteří nemohli, nebo odmítli přijít. Skupina přeživších se v diskuzi zabývala tématy jako nezávislost, užitečnost, socializace a za hlavní pokládali realisticky nastavená očekávání. Pečovatelé zpětně vyjádřili potřebu po větším množství informací v době propuštění svých svěřenců do domácí péče, dál uvedli složitosti se zařizováním další terapie, nebo potřebu přístupu ke kvalifikované pomoci.

#### 4. Návrh výzkumného projektu

Vzhledem k tomu, že většina výzkumné produkce se kterou se člověk procházející zdroji setká, je kvantitativního rázu, rád bych se zde pokusil o něco trochu odlišného, navíc když nemusím brát ohled na konečnou finanční a praktickou náročnost. Téma k tomu vyloženě vybízí. Zdravotní následky CMP jsou pro každého jednotlivce do podstatné míry individuální, kromě toho se každý liší v prostředí ze kterého vychází - např. kontrast vesnice/menší město/velkoměsto bývá značný, co se týče možnosti ambulantní rehabilitace, denního programu, komunitní podpory atd. Různí postižení a jejich rodiny mají kromě toho různé finanční možnosti a různou míru schopností zapojit okolí pacienta i jeho samého do procesu léčby. Zastávám tedy názor, že v případě lidí zotavujících se z následků mrtvice je potřeba především s nimi mluvit, aby bylo dosaženo uspokojivé obsahové a ekologické validity získaných poznatků. Dotazníky mají tu nevýhodu, že nejsou tak bezprostřední, z povahy věci nejdou do hloubky a vyžadují vyšší stupeň předporozumění. Proto jsou slabým místem mnoha precizně strukturovaných výzkumů afatici, nebo lidé zmatení, kteří pak v nich, logicky vzato, figurují málo, přestože utváří nemalé procento zkoumané skupiny. Pro ideu svého návrhu tedy vycházím z následujících předpokladů:

1.: Jak jsem právě napsal, od lidí po CMP se obtížně získávají výzkumná data.

2.: Je mezi nimi a jejich blízkými rozšířena poptávka po odborné poradensko-psychologické podpoře (o spolupráci přímo s neuropsychologem nemluvě), která nedochází naplnění, nejspíš pro absenci takové podpory v celku systému léčby následků poškození mozku. Podobné požadavky nebývají v retrospektivně podaných příbězích pacientů a pečovatelů žádnou vzácností.

3.: Zvlášť kritickým obdobím života, s výzvami sobě vlastními, je propuštění z primárního rehabilitačního kolečka do domácího prostředí. Toto období dobře poslouží k zaměření výzkumu, aby dostal jednotnou formu v rovině času.

Takže pro prozkoumání problémů lidí po mrtvici by mohlo být zajímavé a zároveň užitečné pojmout výzkum akční formou - tedy kromě shromáždění vědomostí zkusit přispět i k bezprostřednímu zlepšení jejich situace. Účast ve výzkumu by byla nabídnuta jako série pravidelných poradenských setkání v období po propuštění z lůžkové rehabilitace. Nyní více do detailu:

#### 4.1 Projektový design

Pro získání účastníků by byla ideální spolupráce s některým z větších rehabilitačních ústavů, jichž je po republice rozmístěných vícero. Způsoby provedení se nabízejí v zásadě dva. První možnost by byla získat od ústavu kontakty na pacienty nebo jejich blízké osoby, ať už e-mailové, či telefonické. Osobně bych se raději klonil k využití e-mailu, protože není potřeba se starat, jestli adresáta zastihne ve vhodnou chvíli, dává čas na rozmyšlenou a je potenciálně méně stresující. Druhá, vhodnější, zato o něco náročnější cesta by byla navštívit budoucí účastníky ještě v rehabilitačním ústavu, a tam jim nabídnout spolupráci po propuštění. I při této variantě by však nejspíš bylo v některých případech nutné jednat spíše s pečovatelem.

Pokud jde o charakteristiky, jež by měli účastníci výzkumu mít, za jedinou rozhodující bych pokládal prodělanou CMP. Mít širší paletu lidí s různými manifestními symptomy by mohlo přispět reprezentativnosti, i od afatiků nebo jejich blízkých by se daly v modelu osobních setkání získat cenné výpovědi. Kdyby se zapojilo i pár lidí z podskupiny, která z rehabilitace míří do objektů sociálních služeb, také by mohli poskytnout srovnání s ostatními. Začalo by se s oslovováním lidí v určitém časovém segmentu a pokračovalo by se tak dlouho, až by byly kapacity výzkumného týmu naplněny, kterýžto moment se naneštěstí nedá dopředu odhadnout.

Takto sice projekt stojí na sebevýběru, protože je rozhodující zájem zúčastnit se, nebo ne, ale jinak to snad u podobného druhu výzkumu nejde. Navíc by to nemuselo výrazněji vadit. Namísto celku lidí po CMP bychom mohli činit přímé závěry alespoň o lidech po CMP, kteří jsou ochotni hledat odbornou psychologickou pomoc, a i to něco znamená. Také by tak mohlo vyplynout, které konkrétní charakteristiky právě tato skupina obvykle sdílí.

U rozhovorů by se hodilo, aby probíhaly v účastníkově domácím prostředí, protože tak se otevírá další zdroj informací k odpozorování, ale je potřeba počítat s tím, že ne každý o něco podobného stojí. Na druhou stranu to pro někoho může být spíš ulehčením. Za dostačující dobu a frekvenci návštěv bych odhadoval třeba jedno sezení měsíčně, v průběhu půlroku. Délka trvání konkrétních sezení by se pak už dala individuálně uzpůsobit. Za velmi důležitou pokládám příležitost ke kontaktu s primárními pečovateli. Mohou poskytnout doplnění a svůj pohled na věc, krom toho i oni potřebují vědět, že se jim dostává zájmu a podpory, takže by klidně mohli mít nějaká sezení vlastní. Aby bylo učiněno zadost etickým nárokům, je jednak potřeba všem explicitně ozřejmit, že projekt má v sobě výzkumnou povahu, že z něho bude vydán nějaký výstup, a ujistit, že všichni účastníci mají nárok na plnou anonymitu a mohou kdykoliv z projektu vystoupit.

## 4.2 Způsob zpracování dat

K vytvoření kategorií, se kterými pak bude možné operovat, připsat jim určité obsahy a porovnávat mezi sebou, budou použity postupy kódování. Cílem není testovat předem danou hypotézu, ale prozkoumat, co zúčastněné trápí, jak o tom smýšlejí, kterým aspektům svého života přikládají největší důležitost atd. Takovou kategorií, která by teoreticky mohla vzniknout, by byl např. "rozpad společenských vazeb" a spadaly by pod něj jevy jako ztráta přátel, pocit izolace, snížená účast na společenských aktivitách oproti dřívějšímu stavu... Další takový příklad - "nedostatek energie" s obsahem snadné unavitelnosti, nechuti zapojování se do probíhajících aktivit, nebo nezájmu o okolí... Některé kategorie jsou už v podstatě předdefinované, nejvíce se to týká těch odborných, jako třeba afázie, ale výzkumník nikdy jistě neví, na co může při práci narazit.



Pro práci s výsledky také bude potřeba kvůli dotvoření kontextu získat demografická data, informace ohledně stavu před CMP, průběhu rehabilitace, rodinného zázemí apod. Tuto část by značně ulehčil přístup ke zdravotnické dokumentaci.

K pomyslnému roztrídění účastníků pomocí již zavedené dotazníkové metody, za účelem zpracování výsledků, by mohlo posloužit kritérium hodnocené kvality života. Ve vícero výzkumech, které jsem citoval výše, byl použit 36-ti položkový Short Form Health Survey (SF-36). Problém s touto metodou je, že nebyla vyvinuta pro lidi po CMP, ale jako širěji použitelná, z čehož plynou některé nedostatky. Konkrétně se po přezkoumání ukázaly být dvě podškály nepřesné a vnitřně nekonzistentní a další tři prokázaly efekt podlahy a/nebo stropu, které podceňují dopad léčby v klinických studiích, což vede k chybě II. typu. (Hobart, Williams, Moran & Thompson, 2002) Výzkumný tým ve složení Lai, Perera, Duncan a Bode(2003) pak SF-36 porovnávali s jinou metodou - tou byla Stroke Impact Scale (SIS), sestrojena přímo pro diagnózu mozkových příhod. SIS dokáže širší psychických omezení a doménu sociální funkčnosti zachytit lépe, tedy by se i více hodila k využití ve zde navrhovaném projektu.

Kdyby někdo z účastníků vykazoval sklony k filozofickému pohledu na svět, bylo by s ním možné při nějakém ze sezení zavést řeč na mozek a psychiku, ale to jenom tak navrch, nic s čím by šlo počítat předem.

#### 4.3 Předpokládané limity

Prvním problémem je, že dopředu vůbec není jisté, kolik oslovených by se projektu bylo ochotno účastnit. Možná paradoxně bych pokládal za horší variantu, kdyby byl zájem příliš velký, protože pak by bylo potřeba někoho z výzkumu předem vyškrtnout, zatímco opačný scénář by průběh projektu také nemusel výrazněji narušit, akorát by shánění účastníků trvalo delší dobu, což by vyústilo jen v natažení přes delší časový horizont. Rozhodování, koho při velkém zájmu vyškrtnout by bylo složité, neboť podle jakých kritérií by probíhalo? Možná náhodným výběrem z celku zájemců.

Asi největším problémem je náročnost projektu. Vyžadoval by tým profesionálně vzdělaných odborníků. Velmi by se to prodražilo a neméně podstatná otázka je, kde tyto odborníky vzít. V průběhu je také potřeba očekávat metaforickou mortalitu v souboru účastníků, protože účast je navrhována na půl roku, během kteréžto doby si jí určitě jisté procento rozmyslí, i když snad jenom malé.

Při vedení samotných sezení by byla potíž s omezeními na straně účastníků. Zcela jistě by šlo o bohatou směsici problémů, které jsem zmiňoval v hlavní části práce, přičemž nejhorší jsou kognitivní deficity, jazykové deficity, změny osobnosti a absence náhledu na vlastní stav. V takových případech může být nutné spoléhat více na sdělení poskytnutá pečovateli. Je otázka, do jaké míry bývá rozšířena ochota mluvit o určitých tématech, byť s odborníky. Lepší by bylo se připravit spíše na menší sdílnost.

Konečně poslední nevýhoda kterou zde uvedu, leží v samotné povaze výzkumného projektu a jeho kvalitativním charakteru. Návrh je poměrně strohý, protože z velké části závisí na improvizaci v průběhu samotné realizace. Až teprve jak se data schází k sobě, nabývá podobný výzkum kontury, takže opravdu celistvý je až v okamžiku vydání závěrečné zprávy.

## 5. Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat problémy lidí, kteří se vyrovnávají s následky cévní mozkové příhody, jak samotných postižených, tak jejich blízkých, a snad se to do relativní šíře i podařilo, včetně trochy filozofie. Jaké tedy z toho vyvodit závěrečné poselství? Asi že mozek může človka zradit, a vzhledem k průměrnému věku dožití se to stává častěji než v dřívějších letech, ale ještě to nemusí znamenat konec, a se správnými poznatky se jde s nastálou situací lépe vyrovnat, vyhnout se kritickým chybám z nevědomosti, a vyjít vstříc budoucnosti, co nejlepší možné!

## 6. Seznam použitých zdrojů

Angeleri, F., Angeleri, V. A., Foschi, N., Giaquinto, S., & Nolfi, G. (1993). The Influence of Depression, Social Activity, and Family Stress on Functional Outcome After Stroke. *Stroke*, 24, 1478-1483. Dostupné z <http://stroke.ahajournals.org>

Bakheit, A. M. O., Shaw, S., Carrington, S., & Griffiths, S. (2007). The rate and extent of improvement with therapy from the different types of aphasia in the first year after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 941-949. doi:10.1177/0269215507078452

Bauer, J. (2002). Cévní onemocnění mozku. In S. Nevšímalová, E. Růžička & J. Tichý (Eds.), *Neurologie* (str. 171-185). Praha: Galén.

Bednář, M. (2005). Počátky řecké medicíny ve vztahu k filozofii. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.

Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing.

Carlsson, G. E., Möller, A., & Blomstrand, C. (2003). Consequences of Mild Stroke in Persons <75 Years - A 1-Year Follow-Up. *Cerebrovascular Diseases*, 16(4), 383-388. doi:10.1159/000072561

CEREBRUM. (n.d.). *Životní příběhy po poškození mozku*. Praha: CEREBRUM. Dostupné z <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/>

Cséfalvay, Z. (2010). Afázia a iné poruchy komunikácie sprevádzajúce mozgové ischémie a hemorágie. In P. Kalvach (Ed.), *Mozkové ischemie a hemoragie* (str. 381-393). Praha: Grada Publishing.

De Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., Lindeman, E., Geerlinks, M. I., Grobbee, D. E., & Schuurmans, M. J. (2015). Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations?. *PLoS One*, 10(12). doi:10.1371/journal.pone.0144450

Edwards, J. D., Koehoorn, M., Boyd, L. A., & Levy, A. R. (2010). Is Health-Related Quality of Life Improving After Stroke?: A Comparison of Health Utility Indices Among Canadians With Stroke Between 1996 and 2005. *Stroke*, 41, 996-1000.  
doi:10.1161/STROKEAHA.109.576678

Feigin, V., & Kalvach, P. (2010). Epidemiologie cerebrovaskulárních onemocnění. In P. Kalvach (Ed.), *Mozkové ischemie a hemoragie* (str. 13-22). Praha: Grada Publishing.

Headway. (2009). *A Carer and Family Guide: Coping with Acquired Brain Injury*. Dublin: Headway. Dostupné z <http://www.headway.ie/publications/>

Headway. (2010). *The New Me: Writing by people with Acquired Brain Injury*. Dublin: Headway. Dostupné z <http://www.headway.ie/publications/>

Headway. (2016). *Heading in the Right Direction: A series of inspiring stories by survivors of an acquired brain injury*. Dublin: Headway. Dostupné z <http://www.headway.ie/publications/>

Hobart, J. C., Williams, L. S., Moran, K., & Thompson, A. J. (2002). Quality of Life Measurement After Stroke: Uses and Abuses of the SF-36. *Stroke*, 33, 1348-1356.  
doi:10.1161/01.STR.0000015030.59594.B3

Hopman, W. M., & Verner, J. (2003). Quality of Life During and After Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 34, 801-805. doi:10.1161/01.STR.0000057978.15397.6F

Janečková, M., Žílová, T., & Radochová, K. (Eds.) (2011). *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: CEREBRUM. Dostupné z <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/>

Jönsson, A.-C., Lindgren, I., Hallström, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Stroke*, 36, 803-808. doi:10.1161/01.STR.0000160873.32791.20

Kalvach, P. (2010). Mozkové ischemie. In P. Kalvach (Ed.), *Mozkové ischemie a hemoragie* (str. 83-142). Praha: Grada Publishing.

Kalvach, P. (2010). Mozkové hemoragie. In P. Kalvach (Ed.), *Mozkové ischemie a hemoragie* (str. 145-167). Praha: Grada Publishing.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia

Klit, H., Finnerup, N. B., & Jensen, T. S. (2009). Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *The Lancet Neurology*, 8, 857-868. Dostupné z <http://search.proquest.com/central>

Křížová, E. (2005). Jak si lidé vysvětlují své nemoci. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.

Lai, S., Perera, S., Duncan, P. W., & Bode, R. (2003). Physical and Social Functioning After Stroke: Comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke*, 34, 488-493. doi:10.1161/01.STR.0000054162.94998.C0

Liessmann, K. P. (2013). *Filosofie zakázaného vědění: Fridrich Nietzsche a černé stránky myšlení*. Praha: Academia.

Lippertova-Grünerova, M. (2009). Fázový model neurologické rehabilitace v Německé spolkové republice. In M. Janečková (Ed.), *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA "Život po poranění mozku" konané 12. března 2009 v Praze* (str. 50-57). Praha: CEREBRUM. Dostupné z <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/>

Mala, H. (2009). Rewiring the brain - new trends in neurorehabilitation. In M. Janečková (Ed.), *Život po poranění mozku: Sborník příspěvků z konference CEREBRA "Život po poranění mozku" konané 12. března 2009 v Praze* (str. 58-74). Praha: CEREBRUM. Dostupné z <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/>

- McDowd, J. M., Filion, D. L., Pohl, P. S., Richards, L. G., & Stiers, W. (2003). Attentional Abilities and Functional Outcomes Following Stroke. *Journal of Gerontology*, 58(1), 45-53. doi:10.1093/geronb/58.1.P45
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti: rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Academia.
- Nietzsche, F. (2010). *Lidské, příliš lidské: kniha pro svobodné duchy. První díl*. Praha: OIKOYMENH.
- Nietzsche, F. (2012). *Lidské, příliš lidské: kniha pro svobodné duchy. Druhý díl*. Praha: OIKOYMENH.
- Palmer, S., & Palmer, J. B. (2013). *Soužití s partnerem po mrtvici: Jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál.
- Patel, M. D., McKevitt, C., Lawrence, E., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing*, 36, 316-322. doi:10.1093/ageing/afm014
- Payne, J. (2005). Význam ztroskotání. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.
- Payne, J. (2008). *Smrt - jediná jistota*. Praha: TRITON.
- Roubal, T., Mátlová, M., Sládková, P., Žilová, T., & Vepřková, R. (2011). *Případová studie společenských nákladů spojených s následky poranění mozku*. Praha: CEREBRUM. Dostupné z <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/>
- Roubec, M. (n. d.). *Lokální analýza dat Národního registru CMP za rok 2010*. Dostupné z <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2012-05-03-ostava/lokalni-analyza-dat-narodniho-registru-CMP-neurologicke-oddeleni-FN-ostava.pdf>

Schopenhauer, A. (1998). *Svět jako vůle a představa: první svazek*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov.

Vavrda, V. (2005). Změna kvality života: očekávání a realita. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.

Zvolský, M. (2012). *Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003-2010*. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/hospitalizovani-zemreli-na-cevni-nemoci-mozku-cr-letech-2003-2010>

## 7. Seznam použitých zkratk

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

CMP - cévní mozková příhoda

CVA - cerebrovascular accident

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí

SF-36 - 36-item Short Form Health Survey

SIS - Stroke Impact Scale

TIA - tranzitorní ischemická ataka